

# 精神保健福祉領域における 当事者の意思決定と支援モデル

緒方由紀

## 〔抄録〕

本稿は、人権の時代と言われている現代において、精神障害者本人の意思決定をめぐって法制度、介入、関係性の側面から論点整理を行い、問題をあらためて提示することを目的としている。まず日本の精神障害者のケアの特徴は、治療の主体よりも先に歴史的に監護義務者、保護義務者として医療手続きの責任者に家族等を位置付けたことにあり、彼らがその後の社会資源となりうるかどうかの判断の基準をつくってしまったことにある。また医療として入院を先行させたことにより、次の目標を退院の可否という点に援助の幅を矮小化せざるを得なかったこと。入院手続きに関する法律上の幾度かの変更は、患者としての人権を守る意味では前進したものの、本人の治療への参加については今なお限界があることを示した。

さらに当事者の危機に際し本人の登場をどのように確保するのか、対話を用いた場面構成が本人の意思決定においても意味をもつことを最近の支援モデルにふれながら確認し、最後に強制的介入を発動する側の倫理上の厳格な検討があらためて必要であることを検証した。

キーワード：意思決定 支援モデル 精神障害者 強制治療

## はじめに

精神病は本人に瑕疵がなくても、本人の意思に反した形で入院や行動制限をかけることができる疾患であり、法制度上、精神障害と診断されることで治療の有益性のもとそうした行為を認めてきている。精神病に社会はどう向き合うか、人権確保を軸としながら歴史的にも臨床面でもそして地域社会の中でも問われ続けてきた課題である。

1975年第30回国連総会で障害者権利宣言が採択され、以後、人権の国際化や障害者運動の国際化の中で宣言が施策に与えた影響は大きい。日本においても障害者権利条約の批准と発効、障害者差別解決法の制定など一連の動きは、わが国の障害者観、援助観のいっそうの変更を迫るものになるであろう。川島は日本の障害者施策について、国連障害者政策の影響のもと、障害者を保護や恩恵の客体から人権の主体への障害者観の転換とともに、少しずつ変容をみせてきていると説く<sup>1)</sup>。日本の精神障害者施策も地域で生活することがスタンダードとなりつつある中、精神障害者自身が主体となりうる素地をどこに求めることが出来るのであろうか。

たとえば2013（平成25）年成立の「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精

神保健福祉法)の一部を改正する法律」では、医療保護入院をめぐり医療側の退院に向けての体制整備が変更点のひとつにあげられる<sup>2)</sup>。具体的には保護者制度の廃止により、医療保護入院の要件を精神保健指定医1名の診断と家族等のいずれかの者の同意に変更したこと。また、病院の管理者に退院後生活環境相談員の設置等の義務が課されたことなどである。前者の保護者制度の問題点は後で取り上げるが、後者の新たな法的な相談員の配置と委員会の設置が当事者本人をどのように際立たそうとしているのかといえ、以下に述べる自身のプランニングへの参加の側面にあると言えよう。

非自発的入院制度をめぐって、行政処分である措置入院が近年減少傾向にあるのに対し、医療保護入院は増加傾向<sup>3)</sup>にあることが従来から指摘されてきたが、今回の法改正において、医療保護入院者に対して、入院当初から退院を視野に入れた手続きがとられることとなった。さらに精神障害者本人の退院支援委員会への出席を前提としているが、これは本人が入院して間もなく自身の入院について向き合い、医療スタッフや地域の事業者に対して自分の退院の意思表明を行う場面設定への参加が、あらかじめ定められていることを意味している。もちろん、障害者のケアマネジメント、計画相談等々、これまでも本人の自己決定を促進するために、本人のプランニングへの参加を基本としてきている。しかし医療保護入院の場合、精神保健指定医により「“自傷他害の恐れ”はないものの精神障害の治療および保護のために入院が必要である」と判断がなされれば、あとは家族等のいずれかの者が同意すれば入院が決定する。本人が自身の状態に対し入院の必要性に同意できないまま手続きが進んでいるにもかかわらず、今回の改正点で定期的に退院にむけてのプランニングに参加せよという図式は、果たして本人の意思を尊重しているといえることができるのであろうか。

そもそも精神障害者に対する理念法である精神保健福祉法は障害者総合支援法とともに、「精神障害者の社会復帰の促進、自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行う」ことが第1条の目的に掲げられている。第2条「国及び地方公共団体の義務」、第3条「国民の義務」<sup>4)</sup>、第4条「精神障害者の社会復帰、自立及び社会参加への配慮」と続く。これらは自助努力に委ねるだけでなく、共生社会のためのそれぞれの役割と努力という表現によって条文化されているが、あくまでもめざすべき社会と周囲の人々、主に機関ないし責任者の行為と責任についての記載である。そうした理念的側面と、精神科病院への入退院の手続き法としての特徴を精神保健福祉法は有していることを再度確認したうえで、次章以下、当事者本人の意思決定をどのように確認、支援してきたのかを精神病患者監護法等々の法制度上から、また介入方法の側面から検討を行っていききたい。

## 1. 法制度における保護的存在

### ①精神病患者監護の時代

日本の精神障害者のケアは1900年の精神病患者監護法、1919年精神病院法制定以降、医療的

保護という名目のもと医療的介入を中心に進められてきた経緯がある<sup>5)</sup>。直近の2013年の精神保健福祉法の一部改正にいたるまで時代ごとに精神病患者観、精神障害者観が映し出され、当然ながらその様相は異なっている。たとえば、これまで精神疾患や精神病患者をあつかった文学作品は国内外で多くあり、描かれてきた病者の姿から当時の様子を知るてがかりとなる<sup>6)</sup>。

1946（昭和21）年に上林暁が発表した短編「晩春日記」<sup>7)</sup>では、脳病院に6年間入院し仮退院した妻が、家で夫に話かける次のような場面がある。

『話は殆ど病院のことに落ちてゆきます。六年の間に、病院の生活が沁みついたのです。その間、それよりほかに生活がなかったのも、それよりほかに話すことがあろうはずがありません。六年と言えば、私達の家庭生活の三分の一以上を占める年月なのです。その長い年月の間に徳子が付き合って暮らした人と言えば、病院の院長や看護婦や賄や、それをほかにしては徳子の同病の患者ばかりだったのです。それらの哀れな患者達だけが、あの娑婆から隔絶せられた世界における徳子の友達だったのです。徳子は以前女学校の寄宿舎の友達の話をしたように、今は病院の友達の噂話に興ずるのです。徳子は懐かしそうに話します。それが徳子の悲しいお土産話なのです。徳子の話を聞いていると、それらの患者達は決して異常な人達ではなく、そして病院の生活も決して特殊な世界のことでなく、総てが、極く当り前の、日常茶飯の世界のこのように語られるのです。徳子にとってはあの病院の生活が、もうすっかり日常茶飯の生活になりきっていたのです』

『…監獄でしたらね、五年でも六年でも、最初から刑期が極まってるでしょう。だから辛抱し易いと思うわ。指折り数えて、刑期の終るのを待つことが出来るでしょう。わたしはね、保養院で六年辛抱して、未だに刑期が決まらないでしょう。私の方が監獄にいるよりずっと辛いと思うわ。だからね、いつ退院出来るか決めてくださいな』

そして翌日夫は退院の手続きをする。

『「あなた、警察へ届けて下さって」「ああ、退院届は出したよ」入退院のたびに警察の防犯係へ届が要るのでした。「じゃア、もう一人で歩いてもいいわね」「いいとも」』

これは精神衛生法が施行される数年前の日本のある精神病患者とその家族の姿である。小説では、精神病での入院が長期化すること、入院はこれまでの人間関係が途切れるだけでなく社会から生活そのものを分断してしまう様子が淡々と描かれている。病院の外にいる作者が入退院を繰り返す妻に対して抱く思い、同時に家族としての戸惑い。これらは昔の小説の中の描写にすぎないと言いきることはできない。

この当時精神病患者に対応する法律として、精神病患者監護法と精神病院法が存在していた。前者においては、精神病患者の監置を行う者が行政庁の許可を得ることなど監護義務者等の責任について、後者の精神病院法では、主務大臣により公的病院、代用病院の設置のほかに、地方長官が精神病患者を入院させることができる条件が書かれている<sup>8)</sup>。そして第四条に入院者に対し精神病院の長は主務大臣の定めに応じた「監護上必要な処置を行う」とわずかな記載がある。

この2つの法律において精神病患者は監置される存在であることが読み取れる。ここで想定されることは、精神病患者本人の登場、すなわち治療の主体よりも先に監護義務者として監置にかかる手続きの責任者として親族を位置付けたことにより、監護義務者こそがその後の社会資源となりうるかどうかの判断の基準をつくってしまったことである。しかも監護義務者は、後見人、配偶者、四親等内の親族又は戸主、それらがいない場合は四親等内の親族の中より親族会の選任したる者（精神病患者監護法第一条）であり、数人いる場合の順位が決められており、相互の同意を以て順位を変更することを認めている。精神病院法は、第三条に精神病院を設置する場合、国庫補助を経費の二分の一から六分の一を補助すること、第五条では入院費の一部もしくは全部を入院者から徴取し、難しい場合は扶養義務者より徴取することを定めている。最終の第八条に本法に不服がある場合訴願することが、行政官庁の違法処分により権利を侵害された場合は行政裁判所に出訴することができるとしている。

こうした時代を経て新たに1950（昭和25）年精神衛生法が制定されることとなった。公衆衛生の向上増進を国の責務とした新憲法の制定、戦後の欧米の精神衛生に関する知識が導入など背景として、第1条「精神障害者の医療および保護を行い、且つその発生の予防に努めることによって、国民の精神的健康の保持及び向上を図ること」を目的とするものとして前二つの法律の廃止と共に施行された<sup>9)</sup>。つまり日本国憲法の制定は、旧二法を許容できるものではなかった。

## ②医療的保護

精神衛生法においては、提案理由説明の記録<sup>10)</sup>に「健全な社会の発展のためには、身体に対する衛生と並んで精神衛生が不可欠であり車の両輪というべきもので、精神衛生法案は、立ち遅れ、取り残されてきた精神衛生行政の車を一刻も早く前進させ、心身共に健康なバランスのとれた国民社会が達成されることを願ったもの」と述べられている。続いて次のような件がある。「第一にこの法案は、苟しくも正常な社会生活を破壊する危険のある精神障害者全般をその対象としてつかむこと…」と精神障害者として知的障害者および精神病質を対象とし、精神衛生面での治療および保護の対象を広げることとなった。

従来の厚生・警察・文部の各省庁に分散していた精神保健行政を厚生行政におおよそ集約させることにもなった。しかし、医療及び保護の必要な精神障害者に対し、警察官、検察官、刑務所その他の矯正保護施設の長は通報義務を明示化し（第24～26条）、一般人の申請（第23条）もできることとした。なおこの理由は「医療保護が必要であるにも拘わらず与えられざる者なきよう、国民すべてが協力する体制を作る」としている。

精神障害者を誰がどのように処遇するかということについては、精神衛生鑑定医（第18条）は精神障害の有無、入院判定などを行い、保護義務者（第22条）は精神障害者に治療を受けさせ、診断が正しく行われるよう医師に協力し、医療を受けさせるにあたっては医師の指示に

従うとしている。さらに保護義務者による同意入院（第33条）を設け、本人の同意がなくても入院をさせることができた。当時の法律では、同意入院、仮入院（34条）、知事による措置入院（29条）が制度として設けられていた。加えて、訪問指導（第42条）として措置入院をさせられなかったものや退院者でなおも精神障害が続いているものについては、必要に応じ吏員または医師が訪問し精神衛生に関する適当な指導をさせなければならないとしていた。新たに「精神衛生相談所」の設置（第7条）により誤った療養による傷害の防止と更に進んだ精神衛生に関する知識の普及に一段の努力を払うことなどを謳っている。

このように私宅監置を法的に廃止することで、精神障害者は医療が必要な患者として認知されるようになった。原則精神障害者は、入院医療につなぐことで保護されるべき存在であるとの社会的要請のもと、厚生行政の管轄でとりあつかうしくみがつくられたわけである。そこに保護義務者の責務として精神障害者に対して行わなければならないことを設けていた。当時自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれのある精神障害者を精神病院に収容できなければ、入院させるまでの間、保護拘束を保護義務者がすることができるとしたことなどは、医療保護の対象という括りの中に、自傷他害のおそれのある精神障害者、保護義務者の同意による入院者、退院後の精神障害が続いている者と分けそれぞれかわる人を法的に定めていたことになる。

その後の1965（昭和40）年改正、1987（昭和62）年「精神保健法」になり、精神障害者本人の同意に基づく任意入院制度（第22条の2）、入院時の書面による権利などの告知制度（第22条の3）、精神医療審査会の設置や本人や保護義務者による退院請求、処遇改善の請求ができることなど現行の制度内容に近づいていると思われる<sup>11)</sup>。1993（平成5）年の精神保健法改正で、保護義務者の名称が保護者になり、措置入院患者が退院の際、保護者が引き取る際、社会復帰に関する相談、援助をもとめることができるとしたことなどが変更された。しかしながらここでも本人ができることは、入院同意と退院の申し出、退院請求に処遇改善、社会復帰の相談というように入院をめぐる範囲であること、この時点で保護者による入院、医療保護入院を残したことは、医療の部分的スタートである入院のみならず、退院についても判断を委ねることにならざるを得ない。また精神保健法で初めて本人の意思による入院を「任意入院」として制度化がなされた。任意入院について厚生省（当時）は、本人の同意を入院の基本的要件としているものの、非強制の状態での入院を促進することに中心的意義があるとする考え方に立っており、患者が自らの入院について拒むことができるにもかかわらず、積極的に拒んでいない状態を含むものとされている<sup>12)</sup>。こうして本人の意思による入院が制度化されたものの、任意入院の場合、法律上は退院を申し出れば退院をさせなければならないが、あわせて退院制限が認められており、精神科病院の管理者は、精神保健指定医の診察の結果、医療及び保護のため入院を継続する必要があると認めた時は72時間を限度に退院制限ができることとしている<sup>13)</sup>。任意入院を基本としながらも、本人からの退院申し出に際し、退院のハードルとな

るものは本人の病識と医学的側面からのギャップによるものだけであろうか。退院制限がかかる背景に、退院の実現よりも、多くは退院後の彼らを受けとめる状況の脆弱さの方がより影響していることは否めない。

ここまで、まずは制度上入院を先行させることにより、次の目標を退院の可否という点に援助の幅を矮小化せざるを得なかったこと。そして本人の意思に反する入院、措置入院や同意入院（医療保護入院）についての法律上の手続きに関する幾度かの変更は、患者の人権を守る意味では重要であったものの、本人の治療への参加については任意入院のみで消極的な本人の納得も含まざるを得ないことを考えれば、意思確認という点において限界があることをいくつかの資料を用いて示した。

## 2. 本人の意思と治療

冒頭でふれたように、今回の精神保健福祉法改正で医療保護入院の手続きの見直しにおいて保護者から家族等に変更することになったものの、果たして家族、保護者らに負担の押しつけという従来からの批判に対する改善、あるいは本人の主體的な医療参加の何らかの道筋が見出せる改正内容になっているのであろうか。あわせて本章では、非自発的入院のみならず地域生活においても存続する強制治療に関して、障害者の権利と照らし合わせた場合どのような問題点があるのか整理を行うこととする。

### ①非自発的入院と家族

今回の精神保健福祉法の改正前は、医療保護入院にあたって保護者が選任されていない場合、扶養義務者のうち1名の同意によって当該選任がされるまでの間4週間に限り入院を認めていた（第33条2）。しかし今回の改正では、保護者の選任手続きにおいて司法による介入をなくしてしまい、何年にもわたり入院が続けられるようになったとも言える。しかも入院手続きに「家族等による同意」を残したままであり、さらに強制入院の要素を有しているにもかかわらず、公権力の発動である公的責任の部分を明確にしないばかりか、判断と責任を家族と精神保健指定医にあずけたと言わざるを得ない。保護者制度を廃止することは、同時に強制入院に関する国の責任と公的責任の役割を明確にすることであったはずである。医療的介入の初期の次元（入院手続き）に家族等の同意をもちこむことは、指定医の説得に家族等が応じることで入院が成立する図式である。精神病患者監護法以来、日本の精神保健福祉政策は、当事者に対する強制力を必要最小限にすることもなく、もっぱら家族と医療機関に責任を課してきた。精神病患者のケアを家族と病院にまかせてきた経過があるが、今回の本改正は追認、強化することに行きつくのではないか。これは当然ながら公的役割の喪失でもあり、本稿の主題である当事者の意思決定の阻止要因として存立することになるのではなかろうか。

なお、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下

医療観察法）では第2条第2項に規定する対象者について、保護者を選任することとなっている（第23条2,3）。ここでの保護者は、医療観察法に基づく手続において審判期日に出席し意見陳述、退院許可の申立て等をする。本法において保護者の役割は、対象者の権利擁護を担うことであり、従来の精神保健福祉法のように治療を受けさせることや、財産上の利益保護などの義務は存在しない<sup>14)</sup>。医療観察法の対象者が精神保健福祉法を併用し、医療保護入院が必要と判断がなされたならば、医療観察法上の保護者の役割に鑑み、当該保護者の意見を尊重されるべきものと解するとしつつも、精神保健福祉法での家族等の同意でよいとされている。

## ②治療の妥当性

現行の障害者総合支援法により地域移行、地域定着がより具体化され、他方精神保健福祉法による医療保護入院者の退院支援委員会においても地域での生活を定着させていくことが共通の支援目標となる中で、続いての問題は本人の意思によらない治療行為についてである。精神障害者の生きる場所に関する議論は、生活の場としての地域のありようだけでなく、医療が提供される場を含め病気や生活の中での困難をどのように対処していくか、またそれを誰が何によって決めることができるのかということとも関連している。

前章で任意入院についてふれたが、任意入院患者からの退院請求に対して退院制限をかける理由として「任意入院者をただちに退院させるには病状等で問題があり、入院を継続して治療中断させないことが患者にとって不利益を生まないと明確に判断される場合に適用されるもの」<sup>15)</sup>と説明がある。たとえば病識がなく、幻覚妄想等の精神症状があり、入院の必要性が認められる場合などを想定したものであるが、退院請求の段階で本人は入院の必要性を認めないのであるから、結果として医療保護入院へと切り替わることになる。これは病識がないがゆえに行動制限がかけられるのではなく、症状や本人の状態が医療的介入の必要があると判断されるからである。あるいは精神保健福祉法第23条の警察官通報での措置診察では自傷他害の虞があるというよりは他害の事実がありこれ以上放置できないことにより、介入の手続きが開始される。これに対し武井は、精神障害者の刑罰法令に触れる行為をとりあげ、精神保健福祉法と警察官職務執行法との関係により、「犯罪と他害の相違」「責任能力」「治療終了後の身柄の処遇のあり方」などを検討する必要があるとしている<sup>16)</sup>。

そもそも医療と法の価値基準が様々な形で対立し、その対立が非自発的治療に影響を及ぼすことをピール、ショドフらは、非自発的入院と脱施設化を題材に論証を行っている。「法の目的は紛争解決を通じて正義をもたらすことであり、医療の目的は合意の下で健康を回復させることである」とし、「非自発的治療は、法的には自由の制限にあたり、適正手続きの義務が課せられる。一方医療においては、多くの場合、非自発的治療は精神的健康の改善をもたらすための取り組みである」と説明している。さらに倫理的側面からさまざまな機関の価値基準が存在することにより「人道的で効果的な治療を提供するため、その根拠となる倫理原則を検討する

にあたっ問題となるのは、誰の倫理が正しいかではなく誰が責任を負うべきなのかである」としたうえで、何が正しい行動なのかはという議論は、実践的というよりむしろ学問的なものにとどまることや「議論が非自発的な治療の合法的な位置づけから、適切なケアが必要な精神疾患の人すべてにいかにして手を差し伸べるかという幅広い問題へと移行していく」ことを指摘している<sup>17)</sup>。1960年代以降アメリカでは非自発的な治療の判断基準を「治療の必要性があるかどうか」から「自傷他害に限ったもの」へと変化していることも確認すべきポイントのひとつである。これらポリスパワーまたはパレンス・パトリエ（国親思想）との関連から、強制入院、強制治療の根拠について一定度理解をすすめていくことは可能である。しかし非自発的な治療の提供を支えているのは、適正手続きだけではなく、善意のパターナリズムによるところが大きい。

ならば本人からの主張、一例として本人自らが語る体験や自身の状況に関する発言は、専門家への異議申し立ての側面でもある。これらをどの場面で聴くことができ、それらをどのように受け止め、次の議論へと展開することができるのであろうか。その前に精神科の人を関係者は医療の枠組みの中でどうとらえようとしてきたのであろうか。

### 3. 本人の登場と体験としての語り

#### ①治療者のはたらきかけと病の体験

岡田は、第二次世界大戦後まもなく都立松沢病院での組織的な「働きかけ」の様子をまとめている<sup>18)</sup>。当時の施設・人員・設備が不十分な中「そのような患者さんたちの状態をほっておけないものと認識して“なんとかしよう”という治療者側の治療的努力の心構えを示す掛け声である」「働きかけとは、総合的な治療的努力のうちで協議の身体的治療法と狭義の心理療法とをのぞいたものだが、細かく定義できない、きっちり輪郭を描けないもの、生活療法の枠内にとどまらない無際限のもの」と表している。

また同時代の医師で生活臨床を唱えた臺は、昭和30年代のその立場を次のように述べている。『生活は生物的側面と社会的側面の両面をもち、生活者の主体のもとに統一されている領域、レベルである。群馬大学病院精神科での「生活臨床」は、分裂病の治療を究極目標とはしても当面の目標ではなく、病者の生活をより健康に近づけることが目標だったのである』『精神科医療の実践の中で、医師の直面する精神障害は、“疾患”であるより前に、患者や相談来訪者のもつ精神的苦悩であり、当人の自我と世界の関連の変化であり、対人関係の障害であり、行動の異常である。これらは人々の生き方の問題であり、生活の領域の出来事である。これらはその人々の置かれた境遇の中で、他の人々との係わり合いを離れて存在しない。つまり精神の「不健康」はまず生態的な営みをもつ生活概念として把握られなければならないものである。患者の立場に立って考えるならば、「疾患」を癒して貰うことよりも、また社会が改革されることよりも、まず健康に暮らせるための助力を医師に求めているのである』<sup>19)</sup>。



病院の中にいる集団の患者を前に、何とかしようという行為としての「働きかけ」、そして患者の「苦悩」に対する医療者側のかかわりの態度が、その後の社会的リハビリテーションの理念に継承されていく。見通しのつかない患者の苦悩を把握し、それを和らげるため治療が施されるわけだが、精神医療での寛解と言われる状況は、治癒という用語に置き換わるわけではない。患者自らの感覚においても、疾患が治癒すること、症状が消失すること、薬の量が減ること、病前の違和感がない状態に近づくこと、それぞれその表現は治療者にとっても患者本人にとってもかなり異なるであろう。それは病の始まりも治療のスタートにおいても同様のことが言える。たとえば病識に関して、統合失調症の患者に病識がないことがたびたび指摘され、病識のなさはこの病態の本質にかかわるとされる<sup>20)</sup>。なぜなら彼らにとって妄想・幻聴・自生思考などの「病的」な事態は、現実の体験よりもはるかに「現実的」であり、病的事態について誤りとは思えないような仕方で体験しているからである。患者にしてみれば当の体験について、医療側がわかっていない（病的な部分とどこが正常か、峻別を試みる等）となれば、患者は肝心な点を話すのを控えることなどを例に、鈴木は「病める部分と健康な部分」という疾痛感、「病める部分を取り除く」という治療観から離れ、統合失調症の患者に病識を求めず、患者の「病感」を受け止めることで、治療過程と病的過程とがすれ違うように交代する治療の在り方を紹介している<sup>21)</sup>。

他にも最近の精神医療に対する思いとして、発病して二十数年で六度の急性期を経験し「慢性化」した当事者は次のように述べる。『現在の急性期医療は患者と医療者、双方が傷ついている。それは“とにかく治す”とハードに治療されること。そうではなく“やわらかな治療”へと転換をしてほしい』と訴える。『今の私には、尊厳も士気も粉々になってしまった感がある。尊厳を失ってしまった背景には、おもに二つの側面があると思う。一つは病そのものによるもの。たとえば急性期の奇行によって信用を失い、社会的役割を失い、自信を喪失してしまったこと。そしてもうひとつは、急性期の治療によってさらに尊厳を失ってしまったという側面である』<sup>22)</sup>。自身の病の体験は周囲との違和感の部分だけでなく、医療システムに組み込まれた自分が感じる自身の姿ということができよう。前述の臺がいう「健康に暮らす」ことは、時代を超えて人間としてのあたりまえのことであり尊厳でもある。その場所がずっと病院でよいのか問われ続けてきたわけであるが、現在精神科病床の機能分化が、地域では健康で暮らすことが危ぶまれる精神障害者に対し訪問型事業が始まっている。2011年度より精神障害者アウトリーチ推進事業が「精神科病院等に多職種チームを設置し、受療中断者や自らの意思による受診が困難な在宅の精神障害者などについて、新たな入院や病状再燃による再入院を防ぎ、地域で生活が維持できるよう医療、保健、福祉サービスを包括的に提供する体制の構築」を目的に実施されている。これらは2014年度から障害者総合支援法の地域生活支援事業に一括計上されている。病院から地域へのベクトルは、再発すれば病院に戻るという単一のものではなく、地域の中で健康を追及し、必要かつ適切な医療と福祉等のサービスが組み合わさることを

可能にするシステムの軸そのものに向かう必要がある。単に地域移行を進めるためのサポート事業の評価だけではなく、ベクトルの方向がシステム軸そのものに向かうのは、地域で暮らすことに関して脆弱性を抱えることはすべての人に起こり得ることであるから必要なのである。健康が危ぶまれる状況であっても健康で暮らすことの権利を誰しもが持ち得ていることの確認が、いま一度必要であろう。次に本人の発言を場としての整理を試みたい。

## ②本人の登場と語りの場の移動

本人が病者として辿ってきた道筋、さらに回復の過程としての実感はどのように表現されているのであろうか。当事者研究を行っている浦河べてるの家のメンバーのひとり、かつての自分と病気について次のように語っている<sup>23)</sup>。

『最初の診察から7年目、長い引きこもりの後、北海道浦河に転医し外来を初めて受診したとき、いままでの辛かった体験をはなして先生に喜ばれた。病気のことで肯定された初めての経験。先生に褒められたからうれしかったのと、7年間、悩み苦しんでいた病気の体験が必要とされていると知った時、自分が受け入れられたと知った時、“今の自分の本当のことを人に話しても何も変わらない”という安心感を得ることができた』

ここで注目したいのは、治りたいとか症状をなくしたいという希望ではなく、自分が人として変わらなくてもいいということの手応えである。治療の場面で、症状を軽くするために、薬を飲みましょうという説明を受けたり、辛い状況を変えるために頑張りましょうという治療への参加の促しというよりは、自分が人として変わらなくてもよい部分を確認できたことの安心感。彼女の場合、病気の症状としての被害妄想は全然変わらず、治ってもいないという。それでも『人に受け入れられたという安心と、自分を人として信頼するようになって“人を助けたい”と気持ちが湧いてきた』と説明する。さらに病気の自分と病態を一般化しながら表現がなされていく。自分の病名について『統合失調症とか糖尿病とか、わざわざ人に説明するためにはいうけど、今まで歩んできた道のりの一部だから、それらは経験の一部』であり、回復の別の表現であるリカバリーについて『自分にとってのリカバリーとは、勝ち取ったものではないことは確か』。彼女のことから病いを抱えた人であり続けることへの自身の納得、そして人として生きることをやめないという意味が伝わってくる。

法的な介入が当事者本人の権利を守ると正当性をもちえるのは、既述のとおり介入者が権利侵害を起こさないための範囲と制限を設けていることからであるが、言い換えれば法的側面のみならず、過度の介入や方法如何によっては主体の力を奪うことへの気づきは欠かせない。であるからこそ、病む人の何に介入することになるのか、介入プロセスや手法が問われることになり、援助者側の関係性の閉じ込めにも注意が必要である。

当然のことながら援助を必要とする側と介入する側との二者間によってのみケアが行われるわけではなく、関係性は多様につくりだされることは、生活ないし実践の現場では明らかであ

る。しかしながらそもそも援助は個別のかかわりからスタートすることが多い。ならば当事者の主張に応えるとは、当事者に複数のサービスを選んでもらうことなのであろうか。さらに援助者と本人との関係性の構築には、ケア実践の文脈においてつねに葛藤、軋轢が内在していることを見逃すことはできない<sup>24)</sup>。たとえば本人と援助者との関係性を構築する際、本人の病識の有無や障害受容について援助者側はアセスメントの指標とする。そして本人が自身の病気や障害についてオープンにすることを援助者ら周囲が支え、周囲の構えとして地域の中での受け入れへの働きかけを援助者が行ってきた。

昨今当事者自らの体験を語ることは珍しいことではなく、社会の中で障害に対する偏見の除去や障害者理解を促進させるという点においては一程度効果を見せてきた。当事者性が地域や社会を変えていくための大きな原動力になることを運動から、また活動から証明されてきている。セルフヘルプ・グループなど当事者による活動では、専門職を必ずしも必要とするわけではない。すなわち援助者側が極めて意識を集中させる「関係性の構築」に依らない形で、本人はグループの中で自分を作り替え、力を取り戻す。ケアが医療場面に集中していたことから、精神障害者本人との対峙を避けてきたことの反省は、本人の意思がどのように確認されたのか、手続きやプロセスの問題だけではない。ここであらためて、当事者主体は援助者との関係性の構築において実現するわけではなく、地域で生きる本人の意思決定の場面を社会の中で確保することにあるということを確認しておきたい。つまり、関係性が二者間から仲間へ、そしてさまざまな人達が集まる対話の場へと移動していくことでもある。

ならば最近注目を集めている支援モデルにおいては、本人が対話にどのように参加し、何を变えることになるのか。そしてそのほかの参加者の参加形態はどのようなものになるのか、次章でとりあげる。

#### 4. 対話と場面構成

##### ①支援モデルと対話

岡野は人が人とつながる、人と世界のつながりを維持する活動をケア実践ととらえるフィッシャーとトロントの考えを紹介し、物事の決定に際し本人を外さない、そのための対話への参加保障はなくてはならないことを強調している<sup>25)</sup>。ここ数年、本人主体の実現をめざす支援モデル<sup>26)</sup>（アメリカの精神科医モシャーが提唱したゾテリアモデル、当事者研究、オープンダイアログ等）が、「回復と成長」「束縛からの自由」の視点からレジリエンスの概念とともに注目を集めている。それらは専門職の立ち位置と場の再考を迫るものである。それぞれのモデルで強調されている点は異なるが、方法としての「対話」であり、本人が語ることを専門職が支持するだけでなく、言い換えれば特定の人との関係性の構築だけではなく、開かれた対話の場においてこそ、本人の思いがグループや社会の中で生かされるところにある。対話は、同時に本人の物語を書き換えることでもある。精神医療の当事者であるということは、本稿で取り上

げた医療ニーズの必要な人と客体化されるだけでなく、病からの回復主体として自身の物語の再生を迫られることになった人でもある。それが即医療的なのか、家族との暮らしの変更なのかはそれぞれであるが、まずは本人の語る場面がリスクを伴う場面だとしても、オープンダイアログでは対話それ自体が新たな意味を生成させること、ポリフォニーと他者性の尊重を重視することにより、そこに開かれた対話が必要になるという考えで進められる。参加する援助者には応答のスキル（クライアントの発言を聴くことと応じ答えることの両方）が求められるが、ミーティングの透明性（①すべての治療的会話、情報は参加者に共有される、②重要なことは常にクライアントや家族の前で話し合い一緒に決める、③援助者も自分の考えを参加者に対してオープンにする、④事前に援助者同士が決めない等）といったことから、ルールや形式について何かに頼らないで対話を始めるということになる。

他にも当事者研究のように異なる体験と、異なる病態に対する異なる意見が存在することを確認する場面は、病の自分と向き合い、周囲と折り合いをつけることでもある。地域での対話の場面は、多様な他者、マルチステークホルダーから構成されており、やりとりをとおして自分たちの意思決定が求められる。かつてイタリアトリエステの精神保健改革でバザーリアらが重視したアッセンブレア（集団討論）が示すように社会の中での重要な場面展開になりうる。

こうした形で本人自らを語る場面が多く出現することは、主体化と強く結びつくことを検証するだけでなく、症状の急変等、未来の危機に対する強制介入の問題と責任をどう整理していくかということとも関連する。

## ②変容と変わらないでいること

強制治療の妥当性は、当事者である限りやむをえないことなのではなく、むしろそれを発動する側の枠組み如何によるということができよう。たとえば精神障害の医療による改善の強制が、障害者権利条約第 17 条の「障害者の心身がそのままの状態尊重される権利」に対してどのように説明がなしうるのか。医療観察法のもとの精神医療について、刑事罰との間隙としての制度間滲潤 Blurring<sup>27)</sup>の指摘がなされている。まず従来のポリスパワーやパレンスパトリエの思想は、権力側が本人の意思を確認するまでもなく本人の利益を主張するものである。であるがゆえに当事者の意思決定がなされないことを正当とするには、たとえば強制治療などパワーの発動に抗えない状態、つまり当事者であることが逆に妥当性をもちえることになる。ならば医療行為における支援つき意思決定や当事者との共同意思決定方法 SDM（Shared Decision Making）は有効なプロセスになりうるのであろうか。SDM には、当事者を巻き込むこと、介入者と相互に影響しあう動的な決定のプロセスといったことが求められる。このプロセスでは、コミュニケーション・対話を媒介として双方向の交流を重ね、関係者は選択肢に関する構造化された情報とともに、識別された現状認識や見込み・目標・価値観・嗜好・アイデアを分かち合い、望ましい決定に向け相互に行動し、合意に至ると解される<sup>28)</sup>。そうした点

と重ねて精神医療へのSDMの導入で期待されるのは、服薬アドヒアランスの向上やリカバリー達成の観点からであろう<sup>29)</sup>。果たしてSDMやその他医療の意思決定に関する手法<sup>30)</sup>は、当事者の意思決定への参加の権利を実効するものとし、ケアの方法論として現場で広く導入されていくことになるのか。精神保健福祉の領域では、司法の介入や公的権力の発動などの特殊性があり、今後経験的な記述が積み重ねられることにより、当事者の客体化にとどまらないことへの可能性をもちうるのか、幾重もの倫理面からの検証<sup>31)</sup>が欠かせない。また症状の改善や変容をめざす臨床場面において、専門職の善意が時に本人の存在を脅かすことにもなる。変わらなければいけないことが予め用意されているのではなく、養生やレジリアンスの概念に共通する変わろうとする力は、本人の主体だけでなくとりまく環境の部分、相互作用の部分、これら変わっていくプロセスでもある。先の浦河べてるの家のメンバーの語りにあるように本当の病気のことを話しても「変わらないでよい自分」の確かさを持ち得ることは、個として認められることであり、あたりまえのことなのである。病の体験と治療を重ねても、変わらない症状や苦しみがある。それもまろごと自分であると引き受ける。果たしてそこに他者が何某かの正当性でもって入り込むことはできるのであろうか。

## おわりに

これまでみてきたように、日本の精神障害者のケアは、1900年の精神病者監護法・1919年の精神病院法の制定以降、医療的保護という名目のもとで医療的介入を中心に進められてきた経緯がある。最新の精神保健福祉法の一部改正にいたるまでその変遷の中身は、各々に精神病者観、精神障害者観が映し出されており、当然ながら時代ごと様相は異なっている。共通しているのは、対象者に医療的ニーズをもつと規定し、ケアの客体として精神障害者本人の生きづらさを援助者らが焦点化することで、援助の方法を模索し本人の主体化をめざしてきた点であった。

そうした中、最近注目を集めている支援モデルにおいては自らの危機に対して本人が登場する場面を前提とすることにある。本稿では、そこに参加者との対話という場面構成のほか、合意形成が意味をもつことを確認した。冒頭の精神病と社会がどう向き合うのかという問いに対し、精神病者が人間としてないがしろにされてきた時代があったこと、長い時を経て人として生きること、地域で生きることの大切さをさまざまな試みの中で実感し、実現可能にできた。それでも本人があたりまえに登場することについてはまだまだ議論が必要である。であるがゆえに強制治療の妥当性は、繰り返しになるが、当事者である限り自分の意思でどうにもならないこととして取り扱うのではなく、こうした日本のシステムが長く抱えこんできた事実に対し、むしろそれを発動する側の倫理上の厳格な検証が必要であることを最後に強調しておきたい。

## 注・引用文献

- 1) 川島聡「国連と障害法」菊池・中川・川島編『障害法』成文堂（2015）54-73
- 2) 平成 25 年法律第 47 号。主な改正は精神障害者の医療の提供を確保するための指針（厚生労働大臣告示）の策定，保護者に関する規定の削除，医療保護入院の見直し等である。施行は一部を除き平成 26 年 4 月 1 日。  
指針の策定については，平成 25 年 7 月より「精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会」を開催し，この検討会のとりまとめた指針案をもとに平成 26 年 3 月に指針が公表されている。この指針は「入院医療中心の精神医療から精神障害者の地域生活を支えるための精神医療への改革」という基本理念に沿って示したもので，この実現に向け精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性を定める指針として策定したものであるとしている。厚生労働省の見解は以下のサイト。  
<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/nation/law.html>（アクセス日 2015.11.23）
- 3) 平成 11 年精神保健福祉法改正では医療保護入院の要件を任意入院の状態にないことが明確化され，それ以降平成 24 年まで増加している。ちなみに平成 24 年 6 月末現在の在院患者のうち医療保護入院は 44.9%，任意入院は 53.9% である。厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課データより。
- 4) 加えて，精神障害者自身がその障害を克服することが前提となっていると読むことができる。同法第 3 条「国民は，精神的健康の保持及び増進に努めるとともに，精神障害者に対する理解を深め，及び精神障害者がその障害を克服して社会復帰をし，自立と社会経済活動への参加をしようとする努力に対し，協力するように努めなければならない」下線は筆者。  
そのほか，都道府県及び市町村は，精神障害者についての正しい知識の普及に努めること（第 46 条），都道府県，保健所設置の市または特別区について精神障害者及びその家族の相談に応じ，指導をするように努めること（第 47 条）を明示している。
- 5) それ以前の精神病患者の処遇に関する法律としては明治 22 年公布「行旅病人及行旅死亡人取扱法」があり「歩行ニ堪ヘサル行旅中ノ病人ニシテ療養ノ途ヲ有セス且救護者ナキ者」としてその救護の義務を市町村長に課していたことが確認される。また精神病患者監護法制定前に，1880 年代後半から 1890 年代にかけて各道府県で県令・訓令として「瘋癲人取扱規則」定めた資料が残っている。精神障害者問題資料集成戦前編第 1 巻不二出版（2010）43-96
- 6) 精神病患者監護法当時の時代の監置の様子については以下の資料を参照  
『精神病患者私宅監置の実況及びその統計的観察』精神医学神経学古典刊行会 社会福祉法人新樹会創造印刷（1973）  
金川英雄訳・解説 呉秀三『現代語訳わが国における精神病に関する最近の施設』青弓社（2015）  
井上俊宏『近代日本の精神医学と法 監禁する医療の歴史と未来』ぎょうせい（2010）  
岡田靖雄『私説松沢病院史 1879～1980』岩崎学術出版社（1981）  
岡田靖雄『日本精神科医療史』医学書院（2009）

川上武『現代日本病人史』勁草書房（1982）

- 7) 上林暁「晩春日記」『昭和文学全集／井上靖他編；14』1988 小学館 初出は昭和21年。

病気の妻を題材にした連作のうちの一作品。そのほかに林檎汁、明月記、悲歌、病める魂、命の家、遅桜、現世図絵、聖ヨハネ病院にて、嬌恋などがある。

随想『精神病院の思ひ出』では、精神を病んだ妻が8年間のうちに3つの病院を転々とし、病院で最期を迎えたことを綴っている。そこでは初めて病院に妻を病院車で送って行ったことや、院内で鍵束を腰にぶら下げた看護婦がガチャガチャと鍵を開けて、妻に会わせてもらったことなどの記述がある（初出不明）。上林暁全集19 筑摩書房112（昭和55年）

当時の病院の様子を知る資料として東京府立松沢病院「入院後ノ心得（1935頃）」、東京府立松沢病院案内（1937）がある。本冊子は18頁に及び、病院内建物の説明、治療の項目にはマラリア療法、ゴノワクチン療法、持続睡眠療法などの記載、教育治療として患者の封筒張作業をしている写真が掲載され、ほかにも娯楽やレコードコンサート、野球試合など活動の様子、退院患者（昭和10年度）の内訳として全治退院約19.7%、軽快退院約22.79%、約56.51%は未治退院と死亡とあり、早期受診すれば全快率が高まる事は疑いないと記されている。さらに入院手続等という項目においては、誰もがができる自費入院（特等から二等まで費用別、東京府内在住者、資力調査により免除あり）と三等入院（実費弁償金）に申込みを分けており、三等入院は法規上所轄警察所へ入院方を願ひ出ることになっているため病院では受けつけられない旨が記載されている。自費入院の願人には、病人の後見人が配偶者、親権者、戸主の順になっており、それには保証人二名を要し、保証人は各々戸主で、うち一名は東京府内在住者としている。精神障害者問題資料集成戦前編第1巻不二出版（2010）328-334

- 8) 精神病院法（大正8年3月27日法律第25号）第2条で、精神病者で入院できるのは、①精神病者監護法により市（区）町村長の監護すべき者、②罪を犯して司法官庁が危険の虞があると認められた者、③療養の途のない者、④その他地方長官が特に入院を必要と認めた者となっている。それぞれの法の帝国議会の提案理由説明の資料として『精神保健福祉行政のあゆみ』中央法規611-615（2000）を参照。
- 9) ただし、沖縄では琉球政府が精神衛生法を1970年に制定するまで精神病者監護法と精神病院法が存在していた。
- 10) 提案理由説明は以下の資料を参照した。第七回国会参議員厚生委員会会議録第25号『精神保健福祉行政のあゆみ』中央法規616-618（2000）
- 11) 法制度の変遷において、精神保健法で制度化された社会復帰施設と精神障害者の地域生活の影響については以下でかつて検討を行った。緒方由紀「精神保健医療福祉領域における新たな公共性の構築－サービス供給体との関連から－」佛教大学社会福祉学部論集第7号（2011:65-68）
- 12) ここでの任意入院については、精神保健福祉研究会監修『三訂精神保健福祉法詳解』中央法規（2007）210-211による。この任意入院の規定（昭和62年精神保健法 第22条-2）の趣旨は、「精神科病院の管理者に、精神障害者の入院には、まず本人に対して説明ないし説得を行うことを一般的に要請し、その結果、本人の同意が見込まれる者についてはできるだけ任意入院により入院させるように努めること

によって、任意入院の促進を図ることにある。ただし、精神障害者については、病識を有しない場合がある等の特殊性があり、このため、任意入院のほかにも措置入院、医療保護入院等が規定されており、患者の病状等に応じ、患者本人の医療及び保護を確保する観点に立つて最も適切な形態での入院が行われるよう留意しなければならないことは言うまでもない」としている（下線筆者）。

さらに精神保健法（昭和62年）まで、本人の意思による入院の法律上の規定はなく「自由入院」と呼ばれ運用されてきたが、精神保健法において、説明、説得により精神障害者本人が入院に納得する場合も含めて本人の同意に基づく入院については、その症状によっては行動制限や退院の制限も可能とした上で、法律上明記することとし、その呼称についても「自由」という表現を避け、非強制という意味で「任意」としたとされている。

- 13) 現行の精神保健福祉法第21条第3項において、入院患者の退院制限の際、「入院継続に際してのお知らせ」等書面で告知することが求められる。制度上、任意入院の導入がこれまでの実態上退院を促進してきたわけではない。

任意入院の場合、開放処遇を原則とするとしているが、開放病棟に入ることのできなかった任意入院の患者が閉鎖病棟に入らざるを得ない場合は、個別的に開放的な処遇がなされなければならない（精神保健福祉研究会監修 前掲書（2007）211）とあるものの、厚生労働省によると2010年6月末現在、173,929名の任意入院者のうち、85,219名が閉鎖病棟で処遇を受けている。また入院中の行動制限として、面会、通信、外泊、外出の制限、病棟内にある隔離室（保護室）での収容、身体拘束などのほかに私物の管理や買い物などの代理行為などがある。これらについての検討は別の機会に譲りたい。

- 14) 大下哲史「医療観察法に残された保護者制度」精神保健福祉 vol.46, no.1, (2015) 45-47
- 15) 日本精神科病院協会監修 高柳功, 山本紘世, 櫻木章司『三訂精神保健福祉法の最新知識』中央法規 (2015) 15
- 16) 武井満「司法精神医学の現在 医療と司法のはざまから」日本評論社 (2012) 8-9
- そのほか、自傷のおそれによる警察官通報の増加についての報告、警察官通報による緊急措置診察を繰り返す患者についての報告もなされている。2015.6.5 第111回日本精神神経学会学術総会、精神科救急の一般演題（口演）より。
- 17) ロジャー・ピール, ポール・ショドフ「非自発的入院と脱施設化」Sidney Bloch, Stephen A. Green 水野, 藤井, 村上, 菅原監訳『Psychiatric Ethics Fourth Edition 精神科臨床倫理』聖和書店 (2011) 245-266, 障害者の権利については ADA にも同様の根拠を見ることができる。
- 18) 当時、松沢病院で行われた働きかけについては、以下に詳しい。
- 岡田靖雄『精神科慢性病棟 松沢病院 1958-1962』岩崎学術出版社 (1979)
- 蜂矢英彦『精神分裂病の治療と社会復帰』金剛出版 (1977)
- 19) 臺弘・土居健郎編『精神医学と疾病概念』東京大学出版会 (1976) 1-2
- そのほか、60年の精神科医療を中心とした働きかけや精神科病院の存在を医療関係者がまとめたものとして以下の文献を参照のこと。



八木剛平, 田辺英『日本精神病治療史』金原出版 (2002)

金川英雄『日本の精神医療史 明治期から昭和初期まで』青弓社 (2012)

金川英雄, 堀みゆき『精神病院の社会史』青弓社 (2009)

松本雅彦『日本の精神医学この五〇年』みすず書房 (2015)

- 20) 治療において病識の欠如が問題となる一方, 日常の苦悩が疾病を引き起こすという問題も指摘されている。松崎によると, 病気ではないのに病気だと認識する病識過剰の多くは, ①日常生活上の苦悩の疾病化によって生じており, DSM の基準による影響が大きいこと, ②日常的苦悩の疾病化は人生の進むべき方向や治療方針を誤らせうる問題をはらんでいるが, 何らかの問題を抱え医療機関を訪れていることから, 医療提供の可能性を話し合うことを忘れてはならないとしている。松崎朝樹「日常生活における苦悩を疾病化する可能性のある DSM 診断と病識」精神科治療学 30(10) 星和書店 1289-1294
- 21) 鈴木國文「病識を求めない統合失調症の治療－病感を受け止め, 回復過程に添うこと－」精神科治療学 30 (10) 星和書店 1303-1308
- 22) 加藤史章「訴えを聴いてもらうこと」統合失調症のひろば編『中井久夫の臨床作法』日本評論社 (2015) 122-123
- 23) 今村弥生, 清水里香「リカバリーと病識についての当事者と医師の当事者研究－浦河べてるの家から－」精神科治療学 30(10) 星和書店 1353-1358
- 24) 岡野八代「ケアの倫理と福祉社会学の架橋に向けて－ケアの倫理の存在論と社会論より」福祉社会学研究 12 (2015) 39-54
- 25) 岡野前掲書 (2015) 46
- 26) ここでは, 主として次の文献を参照した。
- 《オープンダイアログやセラピーとしての対話に関して》
- 斎藤環著・訳『オープンダイアログとは何か』医学書院 (2015)
- Jaakko Seikkula, Mary E. Olson The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: Its Poetics and Micro politics *Family Process* View issue TOC volume 42, Issue 3, September 2003 4-03-418
- Lidbom, P. A, Boe, T. D et al. *A Study of a Network Meeting: Exploring the Interplay between Inner and Outer Dialogues in Significant and Meaningful Moments*
- Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, volume 35, Issue 2, June 2014 136-149
- 《イタリアの精神医療改革やアッセンブレアなどの方法に関して》
- 松嶋健『プシコ ナウティカーイタリア精神医療の人類学』世界思想社 (2014)
- Renzo De Stefani, Jacopo Tomasi, 著 花野真栄訳『Psichiatria Mia Bella イタリア精神医療への道 バザーリアがみた夢のゆくえ』日本評論社 (2015)
- 浜井浩一『罪を犯した人を排除しないイタリアの挑戦 隔離から地域での自立へ』現代人文社 (2014)
- 《病を経験として語ること, 社会的関係と文化的意味の影響について》
- アーサー・クライマン著 江口・下地他共訳『精神医学を再考する 疾患カテゴリーから個人的体験

へ』みすず書房（2012）

《アメリカ ソテリアモデルについて》

Schizophrenia Without Antipsychotic Drugs & the Legacy of Loren Mosher

<http://www.moshersoteria.com/articles/>（閲覧 2015. 12. 9）

ロレン R. モシャー, ロレンゾ・ブルチ著 公衆衛生精神保健研究会訳『コミュニティメンタルヘルス  
新しい地域精神保健活動の理論と実際 復刻版』中央法規（2003）

《当事者研究として》

浦河べてるの家『べてるの家の当事者研究』医学書院（2005）

石原孝二編『当事者研究の研究』医学書院（2013）

中村かれん著, 石原孝二, 河野哲也監訳『クレイジー・イン・ジャパン』医学書院（2014）

NPO 法人精神障害者ネットワーク協議会『精神医療は誰のため？ ユーザーと精神科医との‘対話’』  
協同医書出版社（2015）

27) 池原毅和「障害と刑事司法」菊池・中川・川島編『障害法』成文堂（2015）210-230

28) 手嶋豊「医療における共同意思決定について」神戸法學雑誌 60(3/4), 436-454, 2011 他. SDM が医師・  
医療関係者のパターンリズム復活を目指すものではないとの見解が紹介されている.

29) 青木裕見, 渡邊衡一郎「精神科治療における双方向性の意思決定 shared decision making の実現可能性」精神治療学 30(1) 星和書店（2015）99-104

30) 急性鎮静を要する臨床場面では, インフォームドコンセントの徹底が難しい状況が起こり得るため, 患者の個別同意の代替方法として院内に常時掲示して使用する鎮痛剤使用ポリシーが考案されている. 石川博康「Sedation policy と黙示の同意－患者の同意を得る代替的方法－」精神治療学 30(10) 星和書店（2015）1377-1383

31) Sidney Bloch, Stephen A. Green 水野, 藤井, 村上, 菅原監訳『Psychiatric Ethics Fourth Edition 精神科臨床倫理』聖和書店（2011）

## 付 記

本研究は、科学研究費助成事業基盤研究（C）平成 24 年度～26 年度研究課題名「精神障害者の再定住化とエリア形成に関する実証研究」課題番号 24530756（研究代表者緒方由紀）研究成果の一部である。

（おがた ゆき 社会福祉学部）